



**DOSSIER D'INSCRIPTION
RENTREE DU 17 MARS 2025
PAR LA VOIE DE L'APPRENTISSAGE**



**INSTITUTS DE FORMATION AIDES SOIGNANTS
DU C.H.R. METZ-THONVILLE ET DU C.H. DE BRIEY**

INSTITUTS DE FORMATION AIDES-SOIGNANTS THIONVILLE

Site	<input checked="" type="checkbox"/> I.F.A.S. THIONVILLE
Dossier à renvoyer par voie postale	C.H.R METZ-THIONVILLE I.F.A.S. Hôpital BEL-AIR 1-3 rue du Friscaty BP 60327 57126 THIONVILLE CEDEX
Téléphone	03.82.55.85.26
Courriel	ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr
Etablissement support	C.H.R Metz-Thionville
Directeur	Marie-Joseph ALLEAUME
Adjointe à la direction	Corinne MEYER
Secrétaire référente	Léa DE MARREZ

ATTENTION : places ouvertes pour la rentrée du 17 mars 2025 : 10 places



MERCI DE NE PAS IMPRIMER CE DOSSIER EN RECTO VERSO. Certains documents seront transmis dans d'autres services.

MODALITES D'INSCRIPTION

Arrêté du 7 avril 2020 modifié par l'arrêté du 9 juin 2023 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

Art. 10

*I. Les personnes ayant déjà été sélectionnées à l'issue d'un entretien avec un employeur pour un **contrat d'apprentissage** sollicitent une inscription auprès d'un institut de formation de leur choix, habilité à délivrer des actions de formation par apprentissage.*

Les candidats doivent être âgés de 17 ans au moins à la date d'entrée en formation le **17 mars 2025**.

Coursus par la voie de l'apprentissage :

- ▶ Être âgés de 17 ans le jour de la rentrée et avoir moins de 30 ans. Pour les personnes reconnues travailleur handicapé, il n'y a pas de limite d'âge.
- ▶ Trouver un employeur pour la signature du contrat d'apprentissage.

CALENDRIER

Ouverture des inscriptions :

Dès l'obtention d'une promesse d'embauche

Clôture des inscriptions :

Lundi 17 mars 2025

PIECES A FOURNIR POUR LA CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER

Pièces à fournir le plus rapidement possible pour acter votre inscription A envoyer par courrier (voir adresse page 2 du dossier)

- Fiche de situation administrative (Annexe 1)
- 2 copies recto/verso de la carte d'identité ou du titre de séjour en cours de validité.
- Une lettre de motivation avec description du projet professionnel de l'apprenti
- Curriculum Vitae à jour
- Copie des diplômes
- Une copie du contrat d'apprentissage signé ou tout document justifiant de l'effectivité des démarches réalisées en vue de la signature imminente du contrat d'apprentissage (promesse d'embauche de l'employeur signée). **Voir avec le CFA Sant'Est**
- Adresse mail valide Yahoo.com – **obligatoire** sous le format :
prenom.nomdenaissance@yahoo.com (possibilité de rajouter **un** chiffre après le nom si adresse existante) -> **consultez votre boîte mail régulièrement après création (ainsi que vos courriers indésirables)**

..... @yahoo.com

Pieces à fournir au plus tard le jour de la rentrée

- Attestation d'assurance Responsabilité Civile **et Professionnelle** (voir « Informations générales » page 5)
- Le dossier Apprenant fiche de renseignements Région GRAND-EST (Annexe 2) (joindre les pièces justificatives demandées.)
- Certificat médical dûment établi et signé par un Médecin Agréé ARS (Annexe 3) (liste des médecins agréés ARS consultable sur <https://www.grand-est.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-etablissements>)
- Les informations sur le suivi médical et attestation médicale de vaccinations. (page 15/16) (Peut-être renseigné par votre médecin traitant ou le médecin agréé ARS)

INFORMATIONS GENERALES

CAPACITE D'ACCUEIL

Les places ouvertes pour la rentrée du 17 mars 2025 sont :

- de 10 places pour l'I.F.A.S. THIONVILLE

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE ET PROFESSIONNELLE

Dans le cadre de vos études, vous êtes amenés à réaliser des stages dans des établissements de santé publics ou privés. Les responsabilités auxquelles vous êtes exposés du fait de la réalisation ou de votre participation à des actes lors des stages, sont les mêmes que celles auxquelles sont exposés les professionnels de santé diplômés et en fonction. C'est pourquoi vous devez être couverts par l'assurance Responsabilité Civile Professionnelle. **ATTENTION : vous devez transmettre une attestation concernant l'année 2025/2026.**

→ **Assurances gratuites pour les élèves :**

- La Médicale de France
- MACSF
- Groupe Pasteur Mutuelle

Ces assurances sont **gratuites**, faites votre dossier en ligne et imprimez l'attestation à transmettre au secrétariat.

DOSSIER MEDICAL

- **CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE (voir Annexe 3) :** selon l'Article 8 ter de l'Arrêté du 7 avril 2020 modifié par l'arrêté du 9 juin 2023- relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'État d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture, l'apprenant devra transmettre au secrétariat, **au plus tard le premier jour de la rentrée**, un certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant que le candidat n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine. (liste des médecins agréés ARS consultable sur <https://www.grand-est.ars.sante.fr/annuaire-des-professionnels-et-etablissements>)
- **INFORMATIONS SUIVI MEDICAL (voir Annexe 4) :** l'apprenant devra transmettre au secrétariat, au plus tard le premier jour de la rentrée, les informations de suivi médical (attestation médicale de vaccinations obligatoires pour l'entrée en formation, la photocopie lisible du carnet de vaccinations à jour (annotez votre nom et prénom), un dosage des anticorps anti-Hbs). Ce dossier permettra d'établir un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur nécessaire pour le départ en stage. **Attention, aucun départ en stage ne pourra se faire si vous ne répondez pas aux exigences de vaccinations.**
- **VACCINATIONS COVID-19 et Grippe :** Vaccinations fortement recommandées mais non obligatoires.
- **VACCINATION HEPATITE B :** *Si l'élève n'est pas vacciné, un schéma accéléré de vaccinations est possible. Posez la question à votre médecin traitant.*



INFORMATIONS IMPORTANTES

La **rentrée aura lieu le lundi 17 mars 2025**. Les informations de rentrée seront transmises par mail.

Les horaires de cours sont du lundi au vendredi 8h30/16h30.

Consultez quotidiennement votre boîte mail Yahoo afin d'avoir les dernières informations.

Un accès au self de l'hôpital est possible.

Une carte nationale d'apprenti sera transmise par le CFA.

Fiche de situation administrative

Pôle Ressources et support
Direction des Ecoles



CHR Metz-Thionville | CH de Briey



www.ecolesantemetz.com

CESU 57

Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

Tél : 03 87 55 36 22

CESU57.secretariat.mercy@chr-metz-thionville.fr

CFPPH

Centre de Formation des Préparateurs en
Pharmacie Hospitalière

Tél : 03 87 76 40 44

cfpph.secretariat@chr-metz-thionville.fr

IFAP

Institut de Formation des Auxiliaires de
Puériculture

METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99

ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFAS

Institut de Formation d'Aides-Soignants

BRIEY : Tél : 03 82 47 16 75

ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr

METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99

ifas.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

THONVILLE : Tél : 03 82 55 85 29

ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr

IFIP

Institut de Formation des Infirmiers
Puériculteurs

METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99

ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFSI

Institut de Formation en Soins Infirmiers

BRIEY : Tél : 03 82 47 16 70

ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr

METZ Site de PELTRE : Tél : 03 87 18 61 55

ifsi.secretariat.peltre@chr-metz-thionville.fr

METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 91

ifsi.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

THONVILLE : Tél : 03 82 55 85 26

ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr



processus certifié

REPUBLIQUE FRANÇAISE

La certification qualité a été délivrée au titre de la
catégorie d'actions :

Actions de formation

Actions de formation par apprentissage

Pour : CESU - IFAP - IFAS - IFIP - IFSI

IDENTITE DE L'APPRENANT

Civilité : Madame Monsieur

NOM (naissance) :

NOM (marital) :

Prénom(s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Pays de naissance : Code postal naissance :

Nationalité :

Adresse postale :

Complément d'adresse (bâtiment, étage, ...) :

Code postal : Commune :

Téléphone portable (apprenant) :

E-mail (apprenant) :

N° Sécurité Sociale :

(noter impérativement votre numéro de sécurité sociale, pas celui de vos parents ni de votre conjoint)

Personne à contacter en cas d'urgence :

.....
(préciser impérativement le NOM Prénom, téléphone et lien de parenté avec l'apprenant)

Situation familiale :

(préciser Marié(e) ou Divorcé(e) ou Célibataire ou Pacsé(e) ou Veuf(ve) ou Concubinage)

Nombre d'enfants à charge :

(préciser la date de naissance)

Permis de conduire : Oui Non

Moyen de locomotion :

Pôle Ressources et support
Direction des Ecoles



CESU 57
Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
Tél : 03 87 55 36 22
CESU57.secretariat.mercy@chr-metz-thionville.fr

CFPPH
Centre de Formation des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière
Tél : 03 87 76 40 44
cfpph.secretariat@chr-metz-thionville.fr

IFAP
Institut de Formation des Auxiliaires de Puériculture
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFAS
Institut de Formation d'Aides-Soignants
BRIEY : Tél : 03 82 47 16 75
ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifas.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr
THONVILLE : Tél : 03 82 55 85 29
ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr

IFIP
Institut de Formation des Infirmiers Puériculteurs
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99
ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFSI
Institut de Formation en Soins Infirmiers
BRIEY : Tél : 03 82 47 16 70
ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr
METZ Site de PELTRE : Tél : 03 87 18 61 55
ifsi.secretariat.peltre@chr-metz-thionville.fr
METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 91
ifsi.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr
THONVILLE : Tél : 03 82 55 85 26
ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr



La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'actions :
Actions de formation
Actions de formation par apprentissage
Pour : CESU - IFAP - IFAS - IFIP - IFSI

SITUATION DE HANDICAP (si vous êtes concerné(e))

Présentez-vous une situation de handicap ? Oui Non

Reconnaissance travailleur handicapé : Oui Non

Besoins aménagement scolaire et/ou pédagogique :

Si oui, le ou lesquels ? :

Joindre la notification RQTH en cas de situation de handicap déclaré.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e),

atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés dans ce dossier.

Fait à..... le

Signature :

Annexe 2

Dossier apprenant secteur sanitaire Région GRAND EST



DOSSIER APPRENANT SECTEUR SANITAIRE et SOCIAL

Les informations figurant dans le présent dossier sont destinées à la Région Grand Est et sont à renseigner par l'ensemble des apprenants admis en formation à la rentrée 2025/2026.

La Région participe au financement du fonctionnement des instituts de formations sanitaires en fonction des places agréées et financées.

Ne bénéficient de la gratuité du coût pédagogique de leur formation que les apprenants qui remplissent les conditions d'éligibilité fixées par la Région.

Ces conditions sont rappelées dans les fiches récapitulatives "Conditions générales et conditions spécifiques de prise en charge des formations" qui sont téléchargeables sur le site institutionnel de la Région Grand Est via le lien suivant :

<http://www.grandest.fr/actions/formations-sanitaires-sociales/>

Le dossier APPRENANT comporte 3 fiches à renseigner selon le code couleur suivant :

Renseignements à remplir par l'apprenant



Renseignements à remplir par l'institut



Renseignements à remplir par France Travail



Fiche 1 Fiche de renseignements - Situation de l'apprenant : à remplir par tout apprenant

Fiche 2 Attestation sur l'honneur : à remplir par tout apprenant

Fiche 3 Attestation de France Travail : à remplir par tout apprenant ayant le profil de demandeur d'emploi

Ces documents **sont à remettre à l'institut de formation**, dûment complétés et accompagnés de l'ensemble des justificatifs demandés, impérativement avant le démarrage de la formation.

Tout dossier mal renseigné ou incomplet sera rejeté par l'Institut ; et de ce fait, les frais de formation resteront à la charge de l'apprenant.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Les données personnelles recueillies sont exclusivement collectées pour un usage interne à la Région et sont destinées à la vérification du respect des critères d'éligibilité de la prise en charge du coût des formations.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, tout utilisateur du présent document dispose d'un droit d'accès, de rectification et de radiation portant sur ses données personnelles sur simple demande à l'adresse suivante :

Conseil Régional Grand Est - Direction de l'Orientation, de la Formation pour l'Emploi
Service des Formations Sanitaires et Sociales
1 place Adrien Zeller - BP 91006 - 67070 STRASBOURG Cedex
Tél. 03 87 33 64 19 - mail : fss@grandest.fr

Annexe 2

Dossier apprenant secteur sanitaire Région GRAND EST

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SITUATION DE L'APPRENANT

IDENTITE DE L'APPRENANT

Civilité :

Nom de naissance : Nom d'usage (marital) :

Prénoms :

Adresse postale :

CP : Ville :

Etat civil : (cochez la case correspondant à votre situation)

<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)
<input type="checkbox"/> Marié(e)/Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)
<input type="checkbox"/> Vie maritale	

Date de naissance :

Téléphone :

Personne reconnue travailleur handicapé (O/N) ?

Adresse électronique :

Statut avant l'entrée en formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

<input type="checkbox"/> Etudiant(e) en poursuite d'études	<input type="checkbox"/> Salarié(e)
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/> Autres

Coût pédagogique de la formation pris en charge par : (à compléter avec l'institut de formation)

<input type="checkbox"/> Région Grand Est y compris mesure dérogatoire	<input type="checkbox"/> OPCO, TRANSITION PRO, ANFH ...
<input type="checkbox"/> France Travail	<input type="checkbox"/> Employeur
<input type="checkbox"/> A titre personnel	<input type="checkbox"/> Autres (par exemple CPF/DIF) :

Coordonnées de l'organisme finançant les frais de formation :
(autre que REGION GRAND EST)

Rémunération et autres aides dont je bénéficie ou suis susceptible de bénéficier durant la formation : (cochez la case correspondant à votre situation)

<input type="checkbox"/> Bourse de la Région	<input type="checkbox"/> Contrat en alternance (apprentissage, contrat professionnalisation)
<input type="checkbox"/> Indemnités de chômage (ARE, ASS, RFF, ASR,...)	<input type="checkbox"/> Allocations d'études
<input type="checkbox"/> Minima sociaux et autres allocations (RSA,...)	<input type="checkbox"/> Autres types d'aides publiques (LADOM...)
<input type="checkbox"/> Promotion professionnelle hospitalière	<input type="checkbox"/> Aucune aide financière
<input type="checkbox"/> Plan de formation de l'employeur	<input type="checkbox"/> Autre(s) prise(s) en charge
<input type="checkbox"/> Transition Pro	

Coordonnées de l'organisme finançant ou sollicité pour financer la
rémunération et/ou d'autres aides (autre que REGION GRAND EST) :

Annexe 2

Dossier apprenant secteur sanitaire Région GRAND EST

SITUATION DE L'APPRENANT AVANT L'ENTREE EN FORMATION

PARCOURS SCOLAIRES

Dernier diplôme obtenu (niveau le plus élevé) :

Année d'obtention	Intitulé du diplôme	Spécialité/discipline/série

Date de sortie de formation initiale (études) :

Année scolaire	Coursus de formation	Etablissement

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS (à compléter obligatoirement pour toutes les formations)

Dernier emploi exercé avant l'entrée en formation (employeur principal en cas de cumul d'activités) :

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

Situation au regard des derniers emplois occupés sur l'année 2025 :

Date d'embauche	Employeur et lieu de travail	Emploi occupé	Type de contrat	Temps de travail	Motif de fin ou de rupture de contrat	Date de fin ou de rupture de contrat

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

Annexe 2

Dossier apprenant secteur sanitaire Région GRAND EST

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) : déclare avoir pris connaissance :

- du coût pédagogique de la formation :

Tarif applicable par année ou par session de formation :

Tarif vu avec CFA

Autres frais à charge de l'apprenant :

0 €

- des conditions de prise en charge fixées par la Région Grand Est (voir fiches synthétiques relatives aux conditions générales et aux conditions spécifiques de prise en charge des formations)

- et j'atteste :

remplir les conditions pour bénéficier d'une prise en charge régionale en tant que :

Jeune de -26 ans en poursuite d'études

Demandeur d'emploi

Salarié(e) bénéficiant d'un financement à titre dérogatoire pour les formations d'AS, AP et d'AMBU

Salarié(e) en situation précaire dont le contrat de travail est inférieur à 18 heures par semaine ou 78 heures par mois dans les 9 mois avant l'entrée en formation

Salarié(e) en tant que Vendeur à Domicile Indépendant (VDI) ou auto-entrepreneur dont le salaire moyen dans les 6 mois avant l'entrée en formation n'excède pas 720 € par mois

financer la formation à titre personnel étant donné que je ne remplis pas les conditions d'éligibilité fixées par la Région

bénéficier de la prise en charge du coût pédagogique par le biais d'un dispositif de formation professionnelle continue (Transition Pro, CFP, OPCO, ANFH, France Travail, plan de formation employeur...)

mobilisation de mon CPF + le reste à charge à titre personnel

Coordonnées du financeur :

Je m'engage à :

- signaler au plus tôt tout changement de situation qui serait susceptible de remettre en cause ou d'impacter le financement de la Région Grand Est ;
- m'acquitter des frais à titre personnel en cas d'omission ou d'erreur dans la présente déclaration, de non production des pièces demandées par l'institut de formation ou par la Région ;
- remettre toute pièce demandée par la Région en cas de contrôle ;
- être assidu durant toute la formation et respecter le règlement intérieur de l'institut de formation.

Toute fausse déclaration est passible de peines et d'amendes prévues par les articles 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal.

Je certifie exact les renseignements fournis.

Fait à :

Le :

Signature de l'apprenant ou du responsable légal

Pôle Ressources et support
Direction des Ecoles



www.ecolesantemetz.com

A FAIRE COMPLETER PAR UN MEDECIN AGREE ARS

(liste des médecins agréés ARS consultable sur <https://www.grand-est.ars.sante.fr/annuaire-des-professionnels-et-etablissements>)

CESU 57

Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

Tél : 03 87 55 36 22

CESU57.secretariat.mercy@chr-metz-thionville.fr

CFPPH

Centre de Formation des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière

Tél : 03 87 76 40 44

cfpph.secretariat@chr-metz-thionville.fr

IFAP

Institut de Formation des Auxiliaires de Puériculture

METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99

ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFAS

Institut de Formation d'Aides-Soignants

BRIEY : Tél : 03 82 47 16 75

ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr

METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99

ifas.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

THIONVILLE : Tél : 03 82 55 85 29

ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr

IFIP

Institut de Formation des Infirmiers Puériculteurs

METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99

ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFSI

Institut de Formation en Soins Infirmiers

BRIEY : Tél : 03 82 47 16 70

ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr

METZ Site de PELTRE : Tél : 03 87 18 61 55

ifsi.secretariat.peltre@chr-metz-thionville.fr

METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 91

ifsi.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

THIONVILLE : Tél : 03 82 55 85 26

ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr



La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie d'actions :
Actions de formation
Actions de formation par apprentissage
Pour : CESU - IFAP - IFAS - IFIP - IFSI

Je soussigné(e),

Nom Prénom du Praticien :

Titre de qualification :

Adresse :

Téléphone :

certifie que

Civilité, NOM, Prénom de l'apprenant :

Né(e) le :

Candidat à l'inscription à la filière **aide-soignante** ne présente pas de contre-indication physique (carnet de vaccination à jour notamment l'hépatite B) et psychologique à l'exercice de la profession.

Fait à : Le :

SIGNATURE + CACHET DU PRATICIEN :

Pôle Ressources et support
Direction des Ecoles



www.ecolesantemetz.com

CESU 57

Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

Tél : 03 87 55 36 22

CESU57.secretariat.mercy@chr-metz-thionville.fr

CFPPH

Centre de Formation des Préparateurs en
Pharmacie Hospitalière

Tél : 03 87 76 40 44

cfpph.secretariat@chr-metz-thionville.fr

IFAP

Institut de Formation des Auxiliaires de
Puériculture

METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99

ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFAS

Institut de Formation d'Aides-Soignants

BRIEY : Tél : 03 82 47 16 75

ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr

METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99

ifas.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

THONVILLE : Tél : 03 82 55 85 29

ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr

IFIP

Institut de Formation des Infirmiers
Puériculteurs

METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 99

ifap-ifip.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

IFSI

Institut de Formation en Soins Infirmiers

BRIEY : Tél : 03 82 47 16 70

ifsi-ifas.secretariat.briey@ch-briey.fr

METZ Site de PELTRE : Tél : 03 87 18 61 55

ifsi.secretariat.peltre@chr-metz-thionville.fr

METZ Site de SAULCY : Tél : 03 87 55 38 91

ifsi.secretariat.saulcy@chr-metz-thionville.fr

THONVILLE : Tél : 03 82 55 85 26

ifsi-ifas.secretariat.belair@chr-metz-thionville.fr



La certification qualité a été délivrée au titre de la

catégorie d'actions :

Actions de formation

Actions de formation par apprentissage

Pour : CESU - IFAP - IFAS - IFIP - IFSI

NOM :

Prénom :

**A remettre au plus tard le premier jour de
la rentrée :**

- **L'attestation médicale** de vaccinations obligatoires pour l'entrée en formation aide-soignante ;
- **La photocopie lisible du carnet de vaccinations, après la mise à jour des vaccinations ;**
- Un dosage des anticorps anti-Hbs ;
- Vaccinations COVID et grippe recommandées mais non obligatoires.



**ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS
OBLIGATOIRES POUR L'ENTREE EN FORMATION DE
(NOM Prénom de l'étudiant) :**

DRHS/PNM
P-002
V7-03/2021

Département des Ressources
Humaines en Santé

CETTE ATTESTATION EST A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT ET A REMETTRE AU CENTRE DE FORMATION au plus tard le premier jour de la rentrée.

Compléter impérativement les dates sous le format JJ/MM/AA

DIPHTERIE-TETANOS-POLIO-COQUELUCHE

1 ^{ère} injection le :/...../.....	1 ^{er} Rappel :/...../.....	Age :
2 ^{ème} injection le :/...../.....	2 ^{ème} Rappel :/...../.....	Age :
3 ^{ème} injection le :/...../.....	3 ^{ème} Rappel :/...../.....	Age :
4 ^{ème} injection le :/...../.....	4 ^{ème} Rappel :/...../.....	Age :
5 ^{ème} injection le :/...../.....	5 ^{ème} Rappel :/...../.....	Age :

HEPATITE B

La vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB est obligatoire pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

Taux d'anticorps :

Taux d'anticorps anti Hbs	>100 UI/L	immunisé
	10 -100 UI/L	Réaliser Ag HBs (si Ag HBs négatif : immunisé)
	<10	Non protégé : Reprendre le schéma vaccinal

En cas de doute : **CONSULTER LE MEDECIN AGREE REFERENT ARS**

Immunisation : Oui Non

FIEVRE TYPHOIDE - A vérifier avant une entrée en stage à risque

Recommandé : pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination (i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles).

Le décret n° 2020-28 du 14 janvier 2020 suspend l'obligation vaccinale contre la fièvre typhoïde.

VACCINS RECOMMANDES*

Vaccins	Oui / Date	Non
ROR		
Rougeole		
Rubéole		
Varicelle		
Coqueluche		
Hépatite A		
Grippe (annuellement)		

*Cf. recommandations et modalités sur <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

BCG - pour information

Le [décret n°2019-149 du 27 février 2019](#) suspend l'obligation de vaccination contre la tuberculose des professionnels visés aux articles [R.3112-1 C](#) et [R.3112.2](#) du code de la santé publique.

Ainsi, la vaccination par le BCG ne sera plus exigée lors de la formation ou de l'embauche de ces professionnels dès le 1^{er} avril 2019. Toutefois, il appartiendra **aux médecins du travail** d'évaluer ce risque et de proposer, le cas échéant, une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG au cas par cas aux professionnels du secteur sanitaire et social non antérieurement vaccinés, ayant un test immunologique de référence négatif et susceptibles d'être très exposés

ATTENTION : le certificat d'aptitude de l'élève à l'entrée en formation dépend de ces indications.

Je soussigné(e), Docteur

Certifie que (Civilité – NOM – Prénom de l'étudiant)

a répondu à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes.

SIGNATURE DU MEDECIN +CACHET :

Pour toute information, vous pouvez vous rendre sur le site [Vaccination InfoService.fr](https://professionnels.vaccination-info-service.fr)
<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

